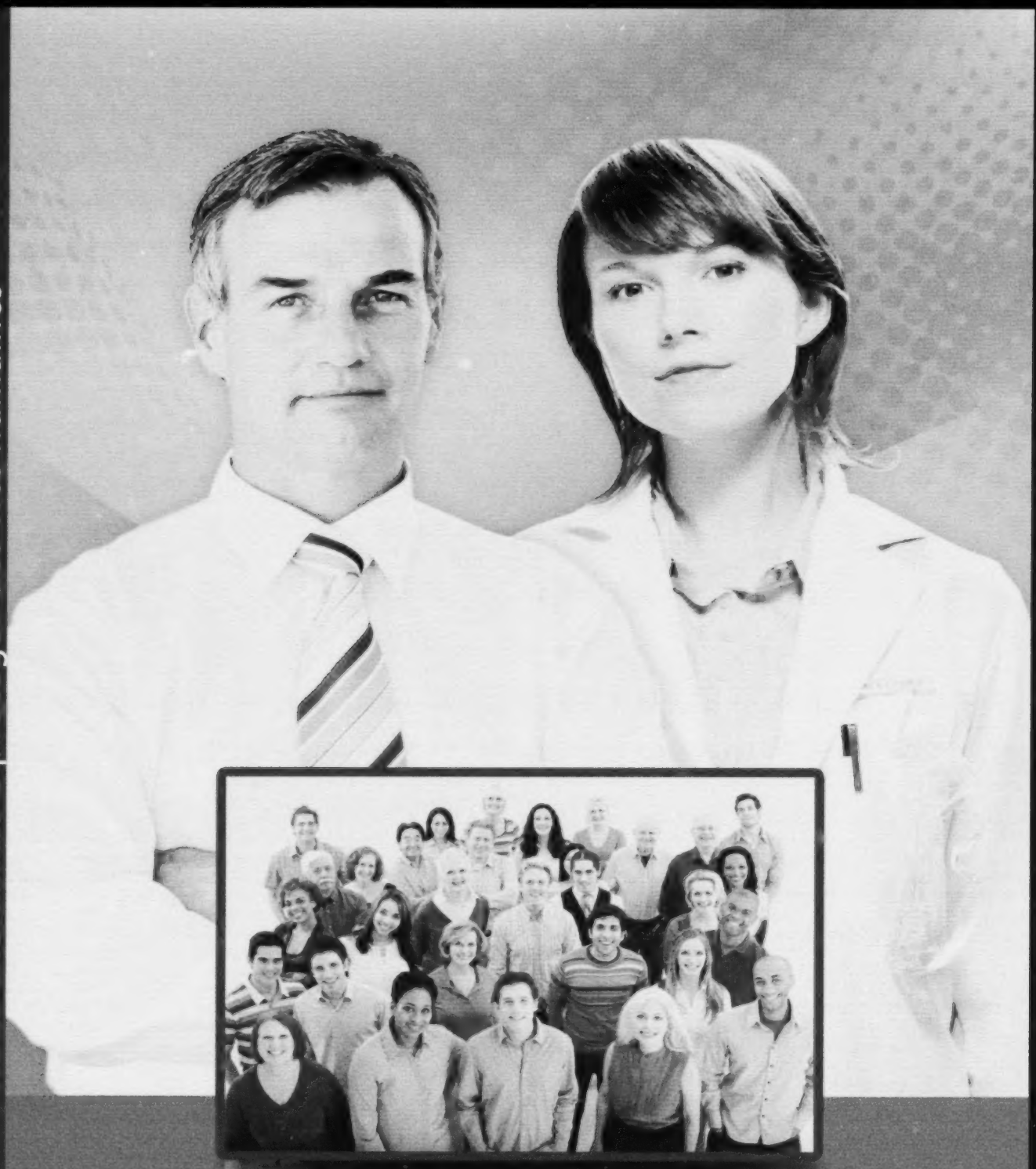
Nous cherchons à protéger des vies humaines



BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2012

Québec

BUREAU DU CORONER

RAPPORT DES ACTIVITÉS DES CORONERS EN 2012

Le contenu de la présente publication a été rédigé par le
Bureau du coroner

Édifice le Delta 2, bureau 390
2875, boulevard Laurier
Québec (Québec) G1V 5B1

Téléphone : 418 643-1845
Télécopieur : 418 643-6174

Cette publication peut être consultée
sur le site Internet du Bureau du coroner
à l'adresse suivante :
www.coroner.gouv.qc.ca

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISBN 978-2-550-67063-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-67064-3 (version PDF)
ISSN 1913-245X (version imprimée)
ISSN 1913-2468 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, 2013

Tous droits réservés pour tout pays.
La reproduction par quelque procédé que ce soit
et la traduction, même partielles, sont interdites
sans l'autorisation des Publications du Québec.

Monsieur Jacques Chagnon
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement, bureau 1.30
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2012.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, mes salutations distinguées.

Le ministre de la Sécurité publique,
ORIGINAL SIGNÉ PAR
Stéphane Bergeron

Québec, avril 2013

Monsieur Stéphane Bergeron
Ministre de la Sécurité publique
Tour des Laurentides
2525, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 2L2

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport des activités des coroners pour l'année civile 2012, conformément à l'article 29 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès.

Le contenu de ce rapport reflète l'état des données à jour au 5 février 2013.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments distingués.

ORIGINAL SIGNÉ PAR

Le coroner en chef
Dre Louise Nolet

Québec, mars 2013

TABLE DES MATIÈRES

Les investigations 7

Les décès signalés aux coroners 7

Le délai entre le signalement d'un décès et le dépôt du rapport d'investigation du coroner 8

Les copies de rapports transmises sur demande 9

Les autopsies et les examens de laboratoire 10

Quelques rapports d'investigation déposés en 2012 11

Les enquêtes 15

L'évolution des enquêtes ordonnées au cours de la dernière décennie 15

Les enquêtes en cours au 31 décembre 2012 16

Les rapports d'enquête publique déposés en 2012 17

Les recommandations et leur traitement 23

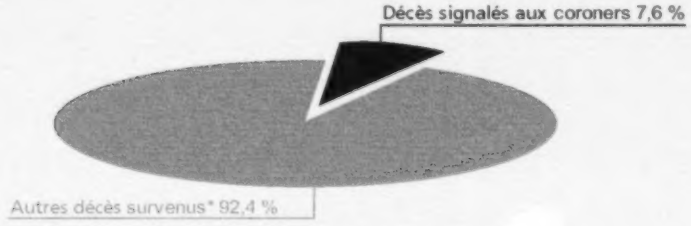
Bilan statistique des traumatismes mortels au Québec 24

LES INVESTIGATIONS

LES DÉCÈS SIGNALÉS AUX CORONERS

En 2012, 4 440 décès ont été signalés aux coroners du Québec. Comme l'indique le graphique suivant, les coroners sont intervenus dans environ 7,6 % de tous les décès survenus au Québec en 2012. La grande majorité des investigations est réalisée par des coroners à temps partiel (76,6 %).

Pourcentage des décès signalés aux coroners en 2012
sur l'ensemble des décès survenus au Québec

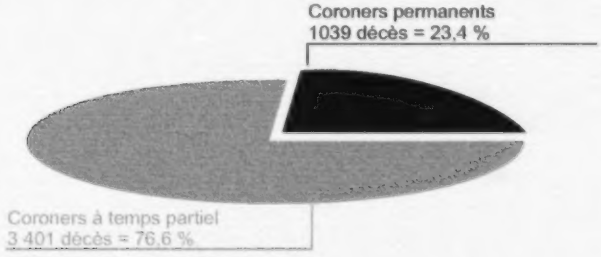


* Estimation à partir de la moyenne des décès survenus de 2009 à 2011

Évolution des décès signalés aux coroners de 2003 à 2012*

* Un certain nombre d'avis sont transmis tardivement au coroner en chef. Les chiffres peuvent donc fluctuer.

Répartition des décès signalés entre les coroners permanents
et les coroners à temps partiel en 2012



Lorsqu'un décès est signalé à un coroner, ce dernier prend connaissance du cas et informe le coroner en chef, dans les jours suivant l'avis de signalement, des raisons de son intervention.

Le tableau suivant présente les principales raisons qui ont justifié l'intervention des coroners en 2012. Les décès dans des circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence, représentent la plus grande part (58,5 %) des interventions des coroners. Viennent ensuite les décès dont les causes médicales probables ne peuvent être établies (26,6 %). Une partie du travail des coroners consiste aussi à autoriser la sortie d'un corps du Québec (10,0 %) et, dans le cas de décès survenus dans des circonstances obscures ou violentes ou par suite de négligence, à autoriser l'entrée au Québec d'un corps en provenance d'une autre province ou d'un autre pays (0,4 %). Les autres raisons justifiant l'intervention des coroners sont généralement des décès qui surviennent dans des lieux bien précis comme les prisons, les familles d'accueil et les garderies.

Répartition des décès signalés aux coroners selon la raison de l'intervention en 2012

RAISON DE L'INTERVENTION	NOMBRE	%
Circonstances obscures ou violentes, ou par suite de négligence	2 598	58,5
Causes médicales indéterminées	1 179	26,6
Autorisation de sortie d'un corps du Québec	443	10,0
Autorisation d'entrée d'un corps au Québec	20	0,4
Autres raisons ou raison inconnue	200	4,5
Total des décès signalés	**4 440**	

LE DÉLAI ENTRE LE SIGNALEMENT D'UN DÉCÈS ET LE DÉPÔT DU RAPPORT D'INVESTIGATION DU CORONER

Sauf dans la plupart des cas d'autorisation d'entrée ou de sortie de corps, la préparation du rapport d'investigation exige souvent que le coroner attende les résultats de l'autopsie, des tests d'alcoolémie, de toxicologie ou d'autres examens de laboratoire ou d'expertises particulières et les rapports d'enquête des policiers. Il s'écoule donc un certain temps entre le signalement d'un décès au coroner et la transmission de son rapport d'investigation au coroner en chef. Sur la base des investigations amorcées de 2009 à 2011, le délai moyen entre la prise d'avis et le dépôt du rapport du coroner est d'environ 11 mois.

Sur les 4 440 décès signalés en 2012, 1 461 rapports étaient terminés et transmis au coroner en chef au 31 décembre 2012. Il restait donc, à cette même date, 2 979 décès en cours d'investigation, soit 67,1 % des décès signalés.

État des rapports d'investigation concernant les décès signalés en 2012

ÉTAT DES RAPPORTS AU 31 DÉCEMBRE 2012	NOMBRE	%
Rapports terminés	1 461	32,9
Rapports non terminés	2 979	67,1
Total des décès signalés	**4 440**	

Les investigations conclues en 2012

Un total de 4 242 investigations ont été conclues en 2012, dont 3 332 (78,6 %) par des coroners à temps partiel et 910 (21,4 %) par des coroners à temps plein. Le tableau suivant fait état de la ventilation de ces rapports selon le type de décès. Puisque ces rapports concernent des décès survenus au cours d'années différentes, il ne serait pas utile d'en faire une analyse épidémiologique plus détaillée.

Investigations conclues en 2012 selon le type de décès

TYPE DE DÉCÈS	NOMBRE	%
Décès de cause naturelle	1 570 *	37,0
Traumatisme non intentionnel	1 364	32,1
Suicide	1 089	25,7
Homicide	97	2,3
Décès traumatique d'intention indéterminée	77	1,8
Décès de cause indéterminée	45	1,1
Total des investigations conclues	**4 242**	

* Incluant 412 sorties de corps

LES COPIES DE RAPPORTS TRANSMISES SUR DEMANDE

En 2012, le Bureau du coroner a transmis 18 493 copies de rapports de coroners demandées par les corps policiers, les hôpitaux, les familles, les représentants des médias et par les tiers intéressés, soit une hausse de 40,4 % par rapport à la moyenne de 2009-2011.

LES AUTOPSIES ET LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Le tableau suivant présente la répartition des expertises demandées par les coroners en 2012.

Des autopsies ont été ordonnées pour 37,2 % des décès signalés aux coroners, pour un total de 1 650 autopsies. Elles sont pratiquées soit dans des hôpitaux, soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

Des analyses toxicologiques sont aussi fréquemment demandées par les coroners pour éclaircir les causes et les circonstances du décès. Les données provisoires pour 2012 montrent que de telles analyses sont ordonnées par les coroners pour la moitié des décès signalés. Elles sont pratiquées soit au Centre de toxicologie du Québec (INSPQ), soit au Laboratoire de sciences judiciaires et de médecine légale.

D'autres expertises sont ordonnées dans une faible minorité de cas (4,4 %). Il s'agit, par exemple, d'expertises en anthropologie judiciaire, d'analyses d'ADN ou d'analyses balistiques.

Décès ayant fait l'objet d'expertises ordonnées par le coroner

EXPERTISES	NOMBRE	%[1]
Autopsie	1 650	37,2
Toxicologie	2 278	51,3
Autres expertises	197	4,4

[1] Les pourcentages sont calculés sur les 4 440 décès signalés en 2012.

QUELQUES RAPPORTS D'INVESTIGATION DÉPOSÉS EN 2012

Attention aux sirops contre la toux et autres médicaments en vente libre

Deux hommes décèdent à la suite d'une intoxication accidentelle au dextrométhorphane, une substance contenue, entre autres, dans les sirops contre la toux.

L'un d'entre eux prenait une lourde médication, notamment du Prozac et du Biaxin, prescrite par son médecin qui lui conseillait également de prendre du sirop pour contrôler sa toux. Or, la combinaison des médicaments Prozac, Biaxin et dextrométhorphane est très dangereuse, voire contre-indiquée puisqu'elle peut causer un désordre chimique potentiellement mortel.

À la lumière de leurs investigations, les coroners s'interrogent sur l'accessibilité d'une panoplie de produits pharmaceutiques qui contiennent du dextrométhorphane, et ce, sans ordonnance ni avis professionnel. Ils recommandent donc que l'Ordre des pharmaciens du Québec incite ses membres à placer tout médicament contenant du dextrométhorphane sous leur contrôle et que l'Office des professions du Québec modifie le règlement sur les conditions et modalités de vente de médicaments, afin d'y inclure le dextrométhorphane. Un coroner recommande de plus qu'une copie de son rapport soit acheminée à Santé Canada en guise de déclaration de réaction adverse à un médicament, et que le Collège des médecins du Québec sensibilise ses membres aux dangers de recommander ou prescrire le dextrométhorphane aux patients prenant un macrolide et un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine.

Accident d'avion à l'aéroport Jean-Lesage de Québec

Sept personnes décèdent à la suite de l'embrasement d'un avion-taxi de la compagnie Aéropro dans un champ près de l'aéroport international Jean-Lesage de Québec.

Cinq passagers et deux membres d'équipage prennent place à bord d'un avion de modèle Beechcraft A-100 King Air. L'avion vient de décoller de l'aéroport et tente d'y retourner pour atterrir d'urgence, éprouvant une panne du moteur droit. L'avion perdant de l'altitude, le pilote essaie de poser l'appareil à environ 2,8 km de la piste. Peu de temps après avoir touché le sol, un incendie détruit complètement l'avion.

Confronté à une panne de moteur lors du décollage, l'équipage doit suivre une procédure qui consiste à augmenter le régime du moteur à la puissance maximale permise, confirmer l'identification du moteur défectueux et mettre en drapeau l'hélice du moteur visé. Aucun de ces gestes n'a été posé par les membres de l'équipage, pourtant qualifiés et expérimentés pour ce type d'appareil et aucun des pilotes n'avait été confronté à une situation similaire dans des conditions réelles. Aéropro ne formait pas ses pilotes sur des simulateurs de vol, car la réglementation spécifique au taxi aérien est moins exigeante que celle encadrant les autres services commerciaux transportant des passagers. C'est pourquoi la coroner recommande à Transports Canada de soumettre à son approbation les procédures d'utilisation normalisées (SOP) de chaque compagnie aérienne, d'exiger qu'elles forment leurs employés au moyen de simulateurs de vol, de préconiser des inspections surprises pour les compagnies qui offrent du taxi aérien et de faire la

promotion des programmes de déclarations volontaires tel le Système de signalement des questions de l'aviation civile (SSQAC). Du même souffle, elle recommande aux compagnies d'assurance spécialisées en transport aérien de modifier les contrats afin d'assujettir leurs assurés à certains engagements formels, telle la nécessité de donner accès à des simulateurs de vol.

Décès lors d'une intervention policière au centre-ville de Montréal

Deux hommes décèdent à la suite d'une intervention policière sur la rue Saint-Denis à Montréal.

Des agents du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) reçoivent un appel concernant un homme mentalement troublé qui, armé d'un couteau, éventre des sacs de poubelle et répand des ordures dans la rue. Quatre policiers interviennent auprès de lui, lui ordonnent à plusieurs reprises de lâcher son couteau et tentent de le neutraliser avec du poivre de Cayenne. L'homme ne coopère pas et s'élance subitement en direction des policiers. Deux d'entre eux font feu et l'homme s'effondre. Un deuxième homme, qui circule par hasard de l'autre côté de la rue à ce moment, est lui aussi atteint mortellement par une balle qui a ricoché sur le trottoir.

Ces deux décès ont mis en relief les problématiques de la désinstitutionnalisation, de l'entraînement au tir des policiers et de l'utilisation de l'arme à feu dans un contexte d'intervention dans un lieu populeux. Le coroner recommande au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, de mettre en place des services psychosociaux adaptés aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie afin qu'elles puissent bénéficier, dans la communauté, du suivi et des services de l'intensité et du type correspondant à leur situation. Aussi, pour éviter la judiciarisation des personnes ayant des troubles mentaux, il recommande d'augmenter les équipes mobiles d'intervenants spécialisés pour soutenir les policiers et les patrouilleurs, qui interviennent auprès des personnes en situation d'itinérance ou qui ont un problème de santé mentale ou de toxicomanie. Il recommande à l'École nationale de police du Québec de poursuivre ses recherches afin de proposer de nouvelles stratégies et tactiques policières spécifiques à l'intervention auprès de personnes violentes et en situation de crise, et d'actualiser les standards de requalification en matière de tir pour les policiers, en tenant compte de la dynamique d'une confrontation armée. Il termine en recommandant au Service de police de la Ville de Montréal d'équiper plus d'agents et de véhicules de patrouille d'armes intermédiaires, tout en s'assurant de politiques d'utilisation rigoureuses ainsi que de l'obligation d'appeler une ambulance dès que la possibilité d'utiliser une arme à impulsion électrique est soulevée, et de prendre les mesures nécessaires afin que son personnel policier bénéficie des meilleures conditions d'entraînement au tir.

Vague de décès au Centre multivocationnel Claude-David

Cinq personnes décèdent en moins de deux mois au Centre multivocationnel Claude-David (CMCD).

Pour désengorger l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, on procède de façon précipitée à l'ajout temporaire de 60 lits de longue durée dans les locaux vacants du CMCD. Ces locaux sont

inadaptés aux besoins de certains résidents et leur sécurité est compromise. Par surcroît, plusieurs intervenants ont peu ou pas d'expérience auprès des personnes âgées en hébergement, le roulement du personnel est élevé et l'encadrement déficient. Tous ces facteurs ont été contributifs au décès de quatre des cinq résidents, conclut le coroner.

C'est ainsi qu'il recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'établir des mesures de gestion de risques appropriées dans le but d'intervenir plus précocement et activement et de façon mieux coordonnée auprès du réseau, afin de s'assurer que la mise en oeuvre de solutions temporaires ou permanentes au désengorgement des urgences ne compromet pas la sécurité des aînés vulnérables. Dans le même ordre d'idées, il recommande au MSSS d'établir des mesures de gestion de risques appropriées visant spécifiquement l'hébergement de longue durée et d'appliquer l'ensemble des principes directeurs précisés dans les orientations ministérielles *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD*, lorsque des transferts massifs d'aînés vulnérables hébergés en milieu de vie temporaire sont envisagés, afin de préserver leur sécurité. En ce sens, il serait pertinent d'étudier la possibilité de porter ces transferts à l'attention d'un gestionnaire de risque externe aux établissements concernés.

Décès d'un nouveau-né

Un poupon de neuf jours décède des complications d'une asphyxie périnatale sévère liée à une procidence du cordon ombilical au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL).

La mère se présente à l'urgence du Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Gaspésie (CSSSHG) pour des contractions douloureuses aux 10 à 15 minutes. Elle est évaluée rapidement par un médecin et des examens de laboratoire sont demandés. Près de deux heures plus tard, la patiente se plaint de contractions utérines d'intensité variable et d'une douleur abdominale basse. Elle est réévaluée dans les minutes qui suivent. On pose un diagnostic de procidence du cordon et on procède à une césarienne d'urgence. À sa naissance, le bébé ne présente aucun mouvement respiratoire spontané et une réanimation néonatale extensive est prodiguée. On organise un transfert la journée même au service de néonatologie du CHUL. Malgré tous les traitements et les thérapies, l'enfant décède.

Au moment des évènements, il n'y avait pas de service d'obstétrique au CSSSHG. Le personnel n'avait pas la formation de base pour reconnaître les facteurs de risque qui s'additionnaient chez la patiente. Par ailleurs, l'équipe sur place n'a pu commencer le monitoring fœtal des contractions, n'ayant pas l'équipement et les ressources pour le faire. Le coroner recommande que le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec examinent la qualité de l'acte professionnel et des soins dont ont bénéficié le bébé et sa mère pendant le travail et l'accouchement, que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'assure que des ressources et des mécanismes sont mis en place pour que le personnel soignant des services d'urgence des milieux, n'offrant pas de services d'obstétrique, soit pourvu d'une formation de base et soit doté de protocoles qui permettent de prendre en charge de façon sécuritaire les consultations urgentes en obstétrique et, enfin, que le MSSS, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et le Centre de santé

et de services sociaux de la Haute-Gaspésie déploient sans délai le programme AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) dans l'unité obstétricale de Sainte-Anne-des-Monts, maintenant que le service d'obstétrique est rouvert et qu'une équipe est en place.

Système Smart : soyez vigilants

Une femme de 90 ans décède à la suite d'une chute de son lit au Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Hubert-Maisonneuve à Rosemère.

La femme est en perte d'autonomie et sous contention au lit pour un risque élevé de chute. Comme elle se plaint d'inconfort avec la ceinture de contention, le personnel décide de faire l'essai du détecteur de déplacement SMART, relié à la prise murale de la sonnette d'appel. Au matin, une infirmière se rend à la chambre de la résidente et trouve celle-ci par terre près de son lit, visiblement décédée. Le système SMART est en place, mais aucune alarme n'a sonné pour avertir le personnel.

Le coroner recommande que Santé Canada se questionne sur la pertinence de modifier les caractéristiques techniques du système SMART afin de le rendre plus sécuritaire car, actuellement, un simple connecteur inapproprié annule l'efficacité du système. Il recommande aussi que le fabricant SMART Caregiver Corporation et le distributeur Extra Medical avisent les acheteurs de l'importance d'installer le système avec des pièces sécuritaires, incluant un connecteur en Y sécurisé. Dernière chose, il recommande que tous les CHSLD du Québec et que tous les centres hospitaliers du Québec procèdent à une vérification de leur système SMART et éliminent tout type de connecteur inapproprié.

LES ENQUÊTES

L'ÉVOLUTION DES ENQUÊTES ORDONNÉES AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE

ANNÉE	NOMBRE D'ENQUÊTES	NOMBRE DE DÉCÈS
2003	9	10
2004	2	2
2005	3	4
2006	4	16
2007	5	5
2008	7	7
2009	4	7
2010	2	4
2011	6	8
2012	3	16
TOTAL	**45**	**79**

En 2012, le coroner en chef a ordonné trois enquêtes publiques portant sur un total de seize décès. Deux d'entre elles ont été conclues pendant la même année. Neuf autres enquêtes, ordonnées au cours des années précédentes, ont également été conclues en 2012. Au 31 décembre 2012, deux enquêtes étaient en cours. Le délai moyen entre l'ordonnance de l'enquête et le dépôt du rapport, pour neuf des onze enquêtes conclues en 2012, est de 10 mois. Deux autres enquêtes ont été terminées en 2012 après des délais exceptionnels de huit ans. Des procédures judiciaires ont forcé la suspension de ces deux enquêtes, ce qui explique la longueur de ces délais.

LES ENQUÊTES EN COURS AU 31 DÉCEMBRE 2011

NOM / PRÉNOM NATURE ET DATE DU DÉCÈS	DATE DE L'ORDONNANCE	CORONER ENQUÊTEUR	LIEU DE L'ENQUÊTE
Villanueva, Fredy Alberto Blessures causées par balles (2008-08-09)	1er décembre 2008	M. le juge André Perreault	Palais de justice de Montréal
Lepage, Yvette Légionellose (2012-08-02)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Verret, Gérald Légionellose (2012-08-14)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Desjardins, Claude Légionellose (2012-08-19)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Lessard, Hélène Légionellose (2012-08-20)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Jacques, Marguerite Légionellose (2012-08-22)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Ouellet, Lucie Légionellose (2012-08-23)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Hamel, Roland Légionellose (2012-08-25)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Simard, Colette Légionellose (2012-08-26)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Lamontagne, Marcel Légionellose (2012-08-27)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Morin, Guy Légionellose (2012-08-31)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Côté, Gabrielle Légionellose (2012-09-01)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Leclerc, Carole Légionellose (2012-09-10)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Champagne, Pierre Légionellose (2012-09-12)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec
Ouellet, Roland Légionellose (2012-10-06)	2012-09-11	Me Catherine Rudel-Tessier	Palais de justice de Québec

LES RAPPORTS D'ENQUÊTE PUBLIQUE DÉPOSÉS EN 2012

Décès d'un patient psychiatrisé lors d'une sortie autorisée

Un jeune homme de 19 ans décède d'une intoxication aiguë à la diphenhydramine.

Le jeune homme souffre de problèmes de santé mentale depuis plusieurs années, notamment de troubles psychotiques et de dépendance à diverses drogues d'abus. Il est régulièrement hospitalisé à l'Hôpital de Granby et à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas à Montréal où il est décidé, en collaboration avec le patient et sa famille, qu'il intégrera progressivement la Maison Claude-Laramée (MCL). Cette maison offre un traitement à long terme à des patients atteints de troubles mentaux graves et de troubles liés à l'usage de substances psychoactives. Entretemps, lors d'une sortie sans surveillance autorisée, le jeune homme est porté disparu par l'Institut Douglas. Il est trouvé inconscient dans une rue de Montréal et décède dans les heures suivantes.

L'enquête publique a permis d'éclaircir le contexte dans lequel le jeune homme a quitté l'Institut Douglas et s'est intoxiqué. Elle a aussi démontré que les communications et les interactions entre les différentes équipes qui ont soigné le patient étaient bonnes, mais qu'elles pourraient être améliorées selon la coroner. Elle précise à cet égard qu'à la suite de ces événements, l'Institut Douglas a révisé la procédure de communication avec les familles afin de les impliquer davantage. De nouveaux outils ont été élaborés afin de mieux faire comprendre le plan thérapeutique aux patients et à leurs proches.

Incendie mortel à Montréal

Deux jeunes femmes décèdent dans l'incendie de leur immeuble à Montréal.

Un incendie se déclare dans la salle de lavage au sous-sol d'un édifice à logements situé sur la rue Van Horne à Montréal. Des occupants appellent le 9-1-1 à l'aide de leur téléphone portable, et plusieurs unités du Service de sécurité incendie de la Ville de Montréal (SSIVM) sont dirigées vers les lieux. Un certain cafouillage dans le système informatique de répartition des appels du SSIVM a cependant comme conséquence que les effectifs les plus rapprochés du lieu du sinistre ne sont pas ceux qui sont d'emblée affectés à l'intervention. Un délai est nécessaire pour constater et corriger cette erreur.

En plus des détecteurs de fumée majoritairement non fonctionnels dans l'immeuble lors de l'incendie, le coroner déplore que l'exercice du jugement personnel des employés de la répartition ait été délaissé au profit de mauvaises décisions dictées par un ordinateur. Il recommande d'ailleurs au SSIVM de fournir des casques d'écoute à ses répartiteurs et à ses répartitrices et de demander à ceux qui connaissent à la fois l'emplacement des casernes et la situation générale du Service à tout moment de vérifier la pertinence des affectations suggérées par le logiciel. De plus, le coroner recommande à toutes les villes du Québec d'amender leur règlement traitant de la prévention incendie pour rendre obligatoires des gicleurs automatiques dans les salles de lavage et les cases de rangement des immeubles à logements. Dans la même lignée, il recommande à la Régie du logement du Québec d'ajouter une annexe au bail type qui comporterait une copie du plan d'évacuation et un constat par les locataires du bon fonctionnement des détecteurs de fumée. Enfin, le coroner recommande au Bureau d'assurance du Canada d'obliger, par règlement, les compagnies privées chargées de l'examen des systèmes de sécurité incendie dans les bâtiments à transmettre au Service de sécurité incendie une copie de leur rapport d'inspection et du suivi accordé aux modifications suggérées et aux correctifs requis.

Nager pour survivre

Un jeune homme de 16 ans décède d'asphyxie par noyade dans la rivière Rouge.

Sportif et en santé, le jeune homme sait nager, mais n'aime pas avoir de l'eau plus haut que les genoux. Durant une chaude journée d'été, il se rafraîchit avec son frère sur une plage qui s'est formée à l'embouchure de la rivière Nominingue et de la rivière Rouge. Il marche en bordure de la rivière Rouge, où l'eau est très peu profonde, mais se retrouve soudainement dans plusieurs pieds d'eau. Alors qu'il se débat pour revenir vers le bord, il semble aspiré par le courant de l'eau et le fond fluvial. Son frère tente de l'aider, mais il est lui aussi aspiré par cette mouvance. Des passants entendent leurs cris de détresse et parviennent à secourir le frère de la victime. Le corps du jeune homme est localisé le lendemain, au fond de la rivière Rouge, à demi enterré dans le sable.

Malgré la beauté et la popularité des lieux, la jonction des rivières Nominingue et Rouge est un véritable piège pour quiconque s'y aventure, résume le coroner. Alors que le niveau de l'eau de la rivière Nominingue est très bas et qu'en bordure de la rivière Rouge, il semble aussi bas, le fond de cette dernière descend abruptement, plongeant la personne qui s'y trouve dans plusieurs pieds d'eau en un seul pas. Pire encore, le fond de l'embouchure est composé d'un sable instable qui se compare à un sable mouvant, attirant et retenant la personne qui risque alors de paniquer et de se noyer. Le lieu de l'accident est un terrain privé, et le propriétaire tente sans succès d'en interdire l'accès depuis des années. Le coroner recommande ainsi à la Municipalité de Rivière-Rouge de modifier les panneaux d'interdiction de baignade déjà en place, afin d'interdire de façon explicite l'accès aux lieux en spécifiant les dangers liés à la baignade et aux sables instables. Par ailleurs, considérant la problématique de la noyade au Québec et le fait que les compétences minimales en natation ne peuvent s'acquérir autrement que par une formation de nature aquatique, le coroner, à l'instar de collègues avant lui, recommande au ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport de donner suite rapidement à un rapport de la Société de sauvetage et d'intégrer la norme « Nager pour survivre » au programme scolaire des écoles primaires du Québec.

Vitesse et imprudence au volant

Un jeune homme de 19 ans décède d'un polytraumatisme principalement cranio-encéphalique à la suite d'une collision entre sa voiture et un poteau à Sainte-Sophie.

Accompagné d'un ami, le jeune homme se rend chercher une amie qui habite comme lui Saint-Jérôme. Les trois se rendent ensuite à Sainte-Sophie pour emmener un autre ami. En revenant vers Saint-Jérôme par une route qu'il ne connaît pas, le jeune homme perd le contrôle de son véhicule. Il reste coincé dans la voiture pendant une trentaine de minutes et décède par la suite. Les analyses toxicologiques indiquent que le jeune homme avait consommé du cannabis.

Des divers témoignages entendus à l'enquête publique, la coroner retient que la route était en bon état quoique rurale et peu éclairée, que la visibilité était légèrement diminuée par le temps brumeux, que la perte de contrôle est survenue dans une courbe prononcée et annoncée dans les deux sens par un panneau de signalisation, et l'expérience

de conduite limitée du jeune homme qui, en plus d'être possiblement étourdi par l'effet du cannabis et le climat de fête régnant dans la voiture, détenait un permis probatoire depuis un an seulement et déjà deux points d'inaptitude pour excès de vitesse. Enfin, tous les éléments de preuve recueillis permettent de conclure que le conducteur circulait bien au-delà de la limite de 50 km/h prescrite dans les moments précédant la collision.

Pour une attribution intelligente du permis de conduire québécois

Deux conducteurs de véhicules lourds décèdent d'un polytraumatisme lors d'un accident sur la route 117 dans la réserve faunique La Vérendrye.

Un véhicule lourd louvoie entre sa voie de circulation et la voie opposée depuis plusieurs kilomètres. Alors qu'il empiète sur la voie inverse, un autre camion arrive. L'impact est violent et les deux victimes décèdent sur le coup.

La conduite erratique de l'homme s'explique notamment par le fait qu'il n'avait pris aucune période de repos depuis plus de 24 heures. Autre fait déplorable relaté à l'enquête, ce conducteur avait réussi à obtenir un permis de conduire ontarien pour véhicules lourds près d'un an auparavant alors qu'il cumulait simultanément les échecs à ses examens pour l'obtention du permis québécois. Grâce à ce permis ontarien, il a pu obtenir son permis québécois de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) sans difficulté quelques jours avant l'accident en se prévalant de l'article 90 du Code de la sécurité routière du Québec, qui a pour but de faciliter la libre circulation des personnes résidentes au Canada et de leur permettre d'exercer leur métier peu importe où elles établissent leur résidence. Le coroner reconnaît le bienfondé de cet article mais insiste sur l'importance de juger chaque cas à son mérite. Le préposé de la SAAQ ne doit en aucun cas être un simple comptoir d'échange de permis, affirme le coroner. Il recommande donc à la SAAQ d'analyser sa procédure d'échange de permis de conduire pour une personne qui ne résidait pas au Québec lors de l'obtention de son permis, afin de s'assurer que ce nouveau résident a les compétences nécessaires pour conduire sur les routes, et de faire en sorte que ses préposés, devant une demande d'échange de permis de conduire, aient la compétence et les pouvoirs de questionner toute situation qui semble problématique.

Décès soudain causé par une infection virulente

Un homme de 40 ans décède à domicile d'une pneumonie bactérienne fulminante.

Quadraplégique depuis plusieurs années, l'homme jouit d'une belle qualité de vie grâce à la pompe intrathécale à baclofène qu'on lui a installée et qui empêche ses spasmes en lui administrant un médicament directement dans la moelle épinière. Alors qu'il subit un curage chez lui, l'homme perd connaissance. Des manoeuvres sont pratiquées immédiatement et l'homme est transporté à l'hôpital, où il décède.

La pompe de l'homme avait été changée sous anesthésie locale deux mois avant son décès et des effets secondaires indésirables en avaient découlé. Des correctifs avaient été apportés et un suivi était prévu à une date ultérieure au décès de l'homme.

Malgré l'intervention chirurgicale fort rapprochée du décès, l'enquête a permis d'exclure tout rôle de la pompe ou du médicament dans le décès de l'homme. Il arrive que des infections fulgurantes terrassent une personne en quelques heures, rappelle le coroner. Ce fut malheureusement le cas pour cet homme, dont la condition médicale le rendait très vulnérable à ce genre d'infection.

Le délire agité, un nouveau syndrome

Un homme de 45 ans décède à l'issue d'une intervention policière visant à le maîtriser.

L'homme fait irruption dans un dépanneur de Montréal dans un état manifestement perturbé. Un peu plus tard, il trouble la paix en frappant une personne et fuit les policiers alors qu'il est en crise et intoxiqué par la cocaïne et les méthamphétamines. Les policiers le maîtrisent selon les techniques alors enseignées à l'École nationale de police du Québec et dans un contexte très difficile, en bordure du boulevard Henri-Bourassa à l'heure de pointe, au moment où la circulation est très dense. L'homme subit un arrêt cardiorespiratoire et décède à l'hôpital.

Lors de son enquête, la coroner a identifié les nombreux facteurs contributifs au décès de l'homme : maladie coronarienne, intoxication, délire agité ainsi qu'activité physique et stress émotionnel intense générés par l'intervention policière. Elle s'est aussi attardée au suivi médical et judiciaire de l'homme pour un événement survenu trois mois plus tôt et comportant certaines similitudes avec celui précédant son décès. Pour améliorer ce genre de suivi et mieux prévenir la désorganisation et la répétition de gestes et de comportements dangereux, elle recommande, entre autres, aux ministères de la Justice, de la Sécurité publique, de la Santé et des Services sociaux et au CSSS Jeanne-Mance de reconduire le Programme d'accompagnement Justice et Santé mentale (PAJ-SM) à la cour municipale de la Ville de Montréal, d'y inclure un volet toxicomanie distinct et d'en élargir la portée à d'autres districts et instances.

Afin d'assurer un continuum d'actions auprès des personnes en délire agité, elle recommande en plus à l'École nationale de police du Québec de rendre sa formation concernant le délire agité accessible en ligne aux services de police qui en font la demande et, à la Ville de Montréal, de permettre à ses policiers de suivre cette formation en ligne. Elle recommande à l'École nationale de police du Québec, aux ministères de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie et de la Sécurité publique de travailler à la refonte du programme de formation destiné aux policiers pour tenir compte des nouvelles problématiques, notamment le délire agité. Enfin, elle recommande à la Directrice médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence d'élaborer une formation sur le délire agité destinée aux préposés des centres de communication santé et aux ambulanciers, de prévoir une classification distincte pour un appel d'urgence ayant pour objet un délire agité et, avec le Collège des médecins, de parachever le protocole clinique permettant aux ambulanciers de pouvoir administrer par voie intramusculaire un sédatif lors d'un délire agité.

Révélations posthumes au sujet de l'enlèvement d'une jeune femme

Une jeune femme de 16 ans disparaît en 1999 et n'est jamais retrouvée.

En 2011, certains renseignements portent à croire qu'un détenu décédé en 2006 serait responsable de l'enlèvement et du meurtre de la jeune femme. Ces renseignements sont révélés publiquement par un membre de l'équipe médicale ayant traité le détenu et reçu ses confessions peu avant sa mort.

La question du secret professionnel est dès lors invoquée par l'ordre professionnel concerné. Selon la coroner, il est probable que la jeune fille a été enlevée à sa descente de l'autobus à l'Île Saint-Jean et a, par la suite, été assassinée. Parallèlement, l'enquête policière est remise de l'avant, mais les fouilles pour retracer le corps de la jeune femme ne donnent malheureusement aucun résultat.

Décès en parachute

Un homme de 34 ans décède d'un polytraumatisme au terme d'un saut à parachute à Farnham.

Parachutiste expérimenté, l'homme agit comme caméraman pour l'école de parachutisme Nouvel Air. Lors d'un saut au cours duquel il filme deux personnes effectuant un saut en tandem, il ouvre son parachute à 3 500 pieds d'altitude et entreprend sa descente sous voile. Alors qu'il est en approche finale pour atterrir à l'endroit prévu, il s'écrase violemment contre le sol et décède sur le coup.

À la lumière des témoignages des experts entendus à l'enquête publique et des principes de base en matière de parachutisme, le coroner croit que l'erreur humaine explique cet accident. Victime d'un moment d'inattention, l'homme a dépassé l'endroit où il devait amorcer ses derniers virages et croyant qu'il disposait d'assez de temps et de hauteur pour le faire, il a quand même tenté d'atteindre le point d'arrivée. Malheureusement, il était trop près du sol et l'a heurté fatalement en complétant un de ses virages.

L'organisation des services d'urgence à Saint-Ferdinand

Une automobiliste de 60 ans décède d'asphyxie à la suite d'une collision avec un animal sur le rang 6 à Saint-Ferdinand.

Alors qu'elle roule sans sa ceinture de sécurité, la conductrice heurte un chien en plein milieu de la chaussée enneigée. Son véhicule dérape, heurte un garde-fou et capote dans le fossé. La femme est projetée à travers le toit souple et se retrouve la tête enfouie dans la neige. Elle décède d'asphyxie.

Outre l'importance de boucler sa ceinture de sécurité à bord d'un véhicule, l'enquête a fait ressortir le fait que la Municipalité de Saint-Ferdinand ne possède pas de service de premiers répondants. Lors d'accidents, ce sont les ambulanciers et les policiers qui arrivent les premiers sur les lieux et s'ils le jugent nécessaire, les policiers font appel à

l'équipe de désincarcération du service d'incendie de la Municipalité de Plessisville, la seule capable de procéder à une telle opération. La coroner recommande donc à la Municipalité de Saint-Ferdinand de se pencher sur l'organisation des services d'urgence offerts à ses résidents.

Conduite avec les facultés très affaiblies

Un homme de 26 ans décède d'un grave polytraumatisme après avoir perdu la maîtrise de son véhicule dans une courbe à Bedford.

Le jeune homme quitte un bar au volant de sa voiture peu après minuit. La voiture frappe un ponceau de ciment et l'homme, qui ne porte pas sa ceinture de sécurité, est éjecté. Il est polytraumatisé et décède.

L'imprudence et les facultés affaiblies du jeune homme ont probablement joué un rôle dans l'accident qui lui a coûté la vie. En effet, il a pris le volant après avoir fumé du cannabis, avec une alcoolémie très élevée et sans boucler sa ceinture de sécurité. L'enquête publique a permis de confirmer que les ambulanciers et les policiers de la Sûreté du Québec sont intervenus rapidement et efficacement.

LES RECOMMANDATIONS ET LEUR TRAITEMENT

À l'occasion d'une investigation ou d'une enquête, le coroner peut, s'il le juge à propos, formuler toute recommandation visant une meilleure protection de la vie humaine.

Avant de formuler ses recommandations, le coroner examine, s'il y a lieu, les autres rapports de coroners sur des décès semblables survenus dans le passé, consulte des experts et étudie la littérature scientifique pertinente.

Selon l'article 98 de la Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, le coroner en chef, lorsqu'il le juge approprié, fait parvenir aux personnes, aux associations, aux ministères ou aux organismes concernés les recommandations formulées par un coroner dans son rapport.

En 2012, les coroners ont déposé 300 rapports comportant un total de 458 recommandations. Chaque recommandation peut être transmise à un ou plusieurs intervenants, soit pour information, soit pour suivi. Ces recommandations sont de nature publique, puisqu'elles font partie intégrante du rapport du coroner.

La liste des recommandations ne figure pas dans le présent Rapport des activités des coroners, car elle est trop longue. Cependant, les recommandations formulées depuis 2001 peuvent être consultées sur le site Web du Bureau du coroner (www.coroner.gouv.qc.ca).

Recommandations des coroners en 2012

TYPE DE DÉCÈS	TOTAL	%
Traumatisme non intentionnel	316	69,0
Cause naturelle	82	17,9
Suicide et homicide	57	12,4
Décès traumatique d'intention indéterminée	3	0,7
Total	**458**	**100**

BILAN STATISTIQUE DES TRAUMATISMES MORTELS AU QUÉBEC

FICHIER DU CORONER EN CHEF

Depuis 1986, le coroner en chef tient un fichier informatisé des causes et des circonstances des décès par traumatisme qui surviennent au Québec. Les pages qui suivent présentent le portrait des décès par traumatisme pour 2009 et 2010, en le comparant à la moyenne des années 2004-2008.

Le regroupement des décès s'inspire des grandes divisions de la 10e Classification internationale des maladies.

DÉLAIS DANS LE DÉPÔT DES RAPPORTS

La plupart des rapports de coroners prennent plusieurs mois avant d'être transmis au coroner en chef. Dans les cas d'investigations en cours, le coroner en chef est toutefois en possession d'indications sur les causes et les circonstances probables du décès. Bien que ces données soient sujettes à changer, elles traduisent bien la réalité. Dans les faits, leur inclusion permet de produire des statistiques annuelles plus précises que leur exclusion. Voilà pourquoi ces données sont intégrées aux bilans statistiques lorsque c'est possible. C'est ce qui explique l'ajout d'une catégorie « En cours » dans les tableaux statistiques.

Cette façon de faire signifie aussi que les chiffres peuvent varier légèrement d'un bilan à l'autre, car la banque de données n'est jamais fermée. L'information contenue dans chaque nouveau rapport reçu est intégrée à la banque dès qu'elle est accessible, peu importe l'année du décès.

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2009, SELON LES DONNÉES À JOUR AU 5 FÉVRIER 2013

3 952 décès soumis au coroner

- 3 869 rapports déposés (97,9 %)
- 83 rapports à venir (2,1 %)

ÉTAT DES RAPPORTS DE 2010, SELON LES DONNÉES À JOUR AU 5 FÉVRIER 2013

4 005 décès soumis au coroner

- 3 737 rapports déposés (93,3 %)
- 268 rapports à venir (6,7 %)

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport terrestre

	MOYENNE 2004-2008	NOMBRE 2009	% VARIATION 2009 / 2004-2008	NOMBRE 2010
Occupant d'une automobile	401	300	-25,2	290
Piéton	98	76	-22,4	61
Motocycliste	70	49	-30,0	48
Cycliste	20	20	0,0	30
Occupant d'un VTT	28	19	-32,1	28
Motoneigiste	27	22	-18,5	23
Occupant d'une camionnette	28	26	-7,1	15
Occupant d'un véhicule agricole	4	6	50,0	7
Occupant d'un véhicule lourd	18	12	-33,3	5
Occupant d'un véhicule de construction	2	1	-50,0	3
Occupant d'un autobus	1	0	-100,0	2
Occupant d'un véhicule industriel	1	3	200,0	2
Autre	2	1	-50,0	4
En cours	1	4		16
Total	**701**	**539**	**-23,1**	**534**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport par eau

	MOYENNE 2004-2008	NOMBRE 2009	% VARIATION 2009 / 2004-2008	NOMBRE 2010
Événements entraînant la noyade et la submersion	21	21	0	20
Événements entraînant d'autres lésions traumatiques	3	5	66,7	9
Total	**24**	**26**	**8,3**	**29**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés au transport aérien

	MOYENNE 2004-2008	NOMBRE 2009	% VARIATION 2009 / 2004-2008	NOMBRE 2010
Total	**8**	**18**	**125,0**	**23**

Les décès par traumatismes non intentionnels associés à des causes externes autres que le transport

CAUSE DE DÉCÈS	MOYENNE 2004-2008	NOMBRE 2009 *	% VARIATION 2009 / 2004-2008	NOMBRE 2010
Intoxication	187	217	16,0	196
Chute	148	170	14,9	163
Suffocation, strangulation et obstruction des voies respiratoires	62	67	8,1	44
Noyade*	54	58	7,4	44
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	48	36	-25,0	41
Exposition aux forces de la nature	23	24	4,3	41
Contact avec une machine ou un dispositif de levage	23	15	-34,8	14
Complications de soins médicaux	18	15	-16,7	14
Heurt par ou contre un objet	22	10	-54,5	10
Exposition au courant électrique	7	7	0,0	7
Contact avec de l'eau chaude	1	3	200,0	5
Compression entre des objets	3	1	-66,7	2
Décharge d'arme à feu	4	4	0,0	1
Explosion	5	5	0,0	0
Autre	12	17	41,7	19
En cours	4	15		64
Total	**621**	**664**	**6,9**	**665**

* Décès associés au transport par eau exclus

Les décès par traumatismes intentionnels auto-infligés

	MOYENNE 2004-2008	NOMBRE 2009	% VARIATION 2009 / 2004-2008	NOMBRE 2010
Pendaison et strangulation	602	573	-4,8	541
Intoxication à des substances liquides et solides	178	183	2,8	174
Décharge d'arme à feu	159	138	-13,2	121
Intoxication à un gaz	65	51	-21,5	50
Collision d'un véhicule à moteur	34	30	-11,8	46
Précipitation dans le vide	51	43	-15,7	45
Noyade	38	37	-2,6	32
Utilisation d'un objet tranchant	30	28	-6,7	26
Exposition à la fumée, au feu ou aux flammes	10	10	0,0	7
Autre	7	4	-42,9	4
En cours	1	25		57
Total	**1175**	**1122**	**-4,5**	**1103**

Les décès par traumatismes intentionnels infligés par autrui

	MOYENNE 2004-2008	NOMBRE 2009	% VARIATION 2009 / 2004-2008	NOMBRE 2010
Agression par arme à feu	31	25	-19,4	21
Agression par objet tranchant	29	25	-13,8	21
Agression par strangulation	8	9	12,5	10
Agression par objet contondant	13	10	-23,1	5
Bagarre, rixe (sans arme)	6	3	-50,0	4
Agression par la fumée, le feu ou les flammes	2	1	-50,0	2
Autre	5	11	120,0	6
En cours	0	4		16
Total	**94**	**88**	**-6,4**	**85**

Les décès par traumatismes d'intention indéterminée

	MOYENNE 2004-2008	NOMBRE 2009	% VARIATION 2009 / 2004-2008	NOMBRE 2010
Intoxication	37	53	43,2	28
Collision d'un véhicule à moteur	5	5	0,0	4
Chute	5	3	-40,0	2
Noyade	8	9	12,5	2
Pendaison	5	1	-80,0	1
Autre	8	5	-37,5	13
En cours	1	15		40*
Total	**69**	**91**	**31,9**	**90**

* L'intention de plusieurs de ces traumatismes sera connue une fois le rapport d'investigation terminé.

NOTES

Nous cherchons à protéger des vies humaines

Bureau
du coroner
Québec